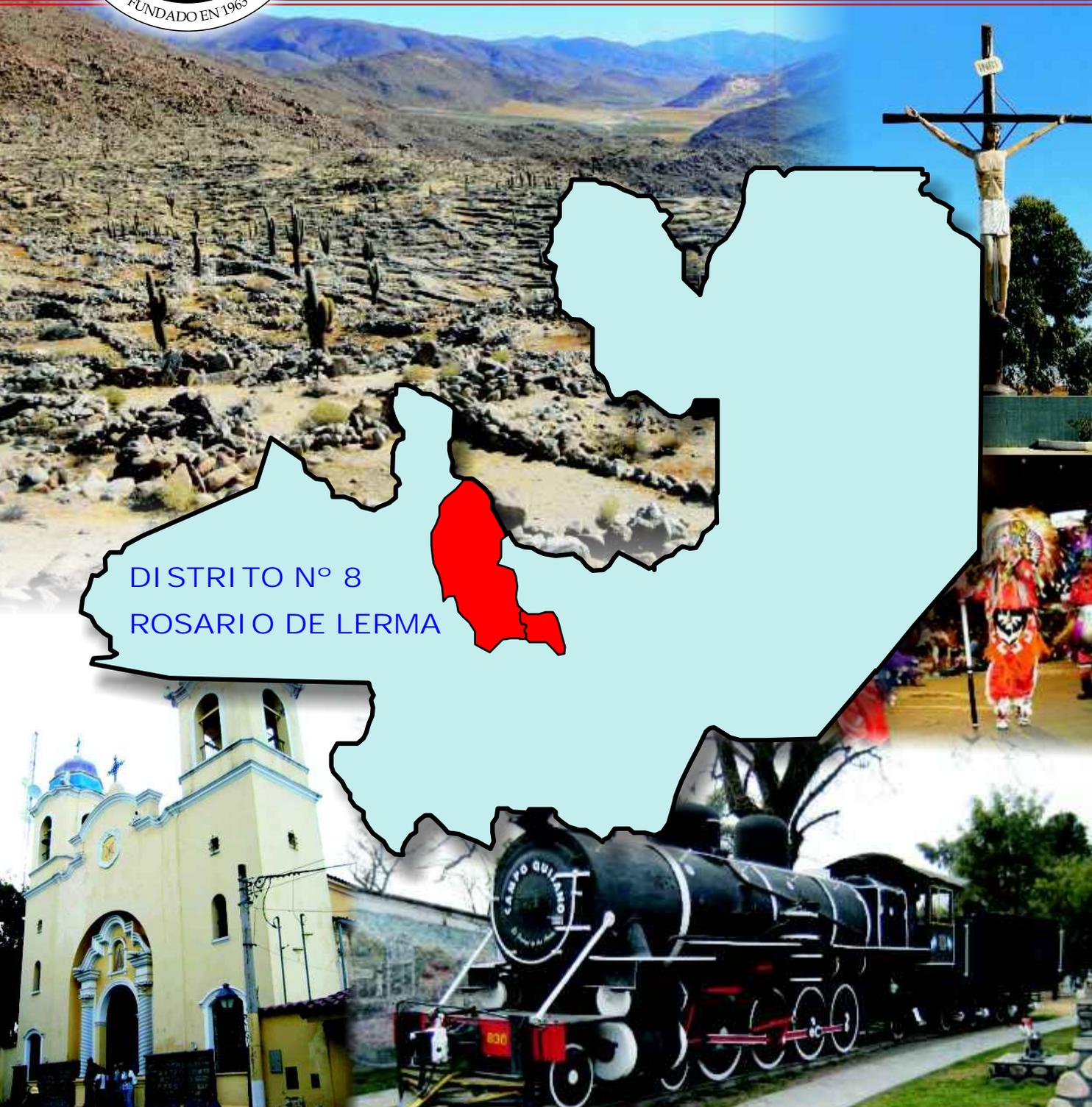




# VINCULOS

La revista del Colegio de Médicos de Salta

AÑO 8 - N° 20 - AGOSTO 2014



DISTRITO N° 8  
ROSARIO DE LERMA

Biografías: Dr. Julio Augusto Pietrafaccia - Hospitales de Cerrillos y La Merced: Datos generales... - Muerte Súbita en el Adulto: Consideraciones Médico-Legales y hallazgos Anatomopatológicos - Hipertensión Intracraneana Idiopática: Manifestaciones Oftalmológicas, Diagnóstico y Tratamiento - Existe relación entre el Aborto y el Cáncer de Mama? - 4 de Julio: "Día Nacional del Médico Rural" - A nuestro querido Dr. Antonio Ramón Ruíz (1946-2010) - El impetuoso desarrollo de los Trasplantes de Organos - Foto Noticias - Nuevos Matriculados - El culto a la "Pachamama" - Guía de Trámites - Tribunales/Comités/Comisiones

## NOMINA DE AUTORIDADES

### PERIODO 2012- 2014

#### CONSEJO DE DISTRITOS

PRESIDENTE	Dr. Wady Ruperto Mimessi
SECRETARIO	Dr. Jorge Isa Barcat

#### MESA DIRECTIVA

Presidente	Dr. Juan José Loutayf Ranea
Vicepresidente	Dr. Raúl Cáceres
Secretario	Dra. Irma Adriana Falco
Tesorero	Dr. José Horacio Causarano
Vocal Titular	Dr. Octavio Guanca
Vocal Suplente 1º	Dr. Gustavo D'uva
Vocal Suplente 2º	Dr. Francisco Zenón Aguilar
Vocal Suplente 3º	Dr. Martín Adolfo Baldi

#### TRIBUNAL DE ETICA Y EJERCICIO PROFESIONAL

Miembro Titular	Dr. José Tomás Museli
Miembro Titular	Dr. Héctor Armando Politi
Miembro Titular	Dr. Miguel Angel Farah
Miembro Suplente	Dr. Vicente Domingo Altobelli

#### TRIBUNAL DE APELACIONES

Miembro Titular	Dra. Teresita Elizabeth Royano
Miembro Titular	Dr. Rodolfo Aníbal Nazar
Miembro Titular	Dr. Luis Roberto D'Mayo
Miembro Suplente	Dr. José Marcos Ampuero
Miembro Suplente	Dr. Eduardo Acuña Martínez

#### REVISORES DE CUENTAS

Miembro Titular	Dr. Vicente Daniel García
Miembro Titular	Dr. Omar Gustavo Abdala



## Colegio de Médicos de la Provincia de Salta

Marcelo T. de Alvear N° 1310

C.P. (4400) Salta

Tel.: (0387) 4212527 / 4213355

Fax: (0387) 4714703

Email: info@colmedsa.com.ar

Web: www.colmedsa.com.ar

 Colegio de Médicos de Salta

## VINCULOS

La revista del Colegio de Médicos de Salta

Es una publicación del Colegio de Médicos de la Provincia de Salta distribuida gratuitamente entre sus colegiados, entidades afines, bibliotecas e Instituciones profesionales, culturales y científicas.

### Dirección:

Dr. Juan. J. Loutayf Ranea  
(Presidente Colegio de Médicos de Salta)

### Coordinación General:

Comisión Consultiva Jóvenes Médicos

Dr. Juan Carlos Giménez

Dr. Walter Leonardo Failá

Dr. Cristóbal Martín Licudis

Dra. Carolina Saravia Figueroa

### Diseño Gráfico:

Diego Martín Loza

### Impresión:

Artes Gráficas Crivelli

Los artículos firmados no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus respectivos autores.

## SUMARIO

AÑO 8 - NUM. 20 - AGOSTO 2014

Biografías: Dr. Julio Augusto Pietrafaccia

Pág. 3

Hospitales de Cerrillos y La Merced: Datos generales...

Pág. 4

Muerte Súbita en el Adulto: Consideraciones Médico-Legales y hallazgos Anatomopatológicos

Pág. 6

Hipertensión Intracraneana Idiopática: Manifestaciones Oftalmológicas, Diagnóstico y Tratamiento

Pág. 9

Existe relación entre el Aborto y el Cáncer de Mama?

Pág. 14

4 de Julio: "Día Nacional del Médico Rural"

Pág. 16

A nuestro querido Dr. Antonio Ramón Ruíz (1946-2010)

Pág. 17

El impetuoso desarrollo de los Trasplantes de Organos

Pág. 18

Programa de Educación Médica Continua 2014

Pág. 19

Foto Noticias

Pág. 20

El culto a la "Pachamama"

Pág. 22

Nuevos Matriculados

Pág. 23

Guía de Trámites

Pág. 24

Tribunales / Comités / Comisiones

Pág. 26

Humor Médico

Pág. 28

# Mensaje de unidad entre todos los colegiados de la Institución (y si leyéramos más el librito anaranjado?)

Una de las fotos que más me impactó en los últimos meses es aquella en la que se ve al Papa Francisco, junto al Patriarca de la Iglesia Ortodoxa y a los Presidentes de Palestina e Israel. Quizás se pensó que nunca se podría lograr este escenario de unidad en la diversidad, cuyo mensaje es el de la Paz mundial, respetando el uno al otro en sus creencias y derechos de nacionalidad y territorio.

Ojalá pudiéramos lograr una foto de todos los Colegiados, de las autoridades del Ministerio de Salud Pública, de los Gerentes hospitalarios de capital e interior, de los Directores de Clínicas y Sanatorios y de los dirigentes de todas las entidades gremiales y obras sociales. Sería una foto inmensa, histórica y el mensaje debería ser “todos los responsables de la salud en la Provincia deben unirse y lograr un objetivo principal: elaborar un plan de salud que asegure en primer lugar la salud de la población en todos sus niveles y en segundo término los intereses justos y honestos de cada uno de sus actores”.

El hombre, desde su creación, vivió en compañía de otros seres humanos y desde Caín y Abel existieron los conflictos interpersonales. Será que es imposible superar este capítulo bíblico? Yo no me resignaría.

Los responsables más directos de lograr una convivencia armónica entre todos los integrantes del equipo de salud somos los que cumplimos circunstancialmente funciones directivas. Nos cabe una responsabilidad histórica e ineludible y somos nosotros quienes debemos dar el ejemplo y cada uno de nuestros actos y decisiones deben ser justos, éticos, despojados de intereses personales o sectoriales y siempre en busca del bienestar de la población. Deberíamos aprender de memoria los siete pecados capitales para no caer en ellos, sobre todo en nuestra profesión. LA SOBERBIA (nada menos en Medicina!!!, soberbia de creer que sabemos todo, creernos superior a los otros colegas!), LA

AVARICIA (refiriéndonos a no enseñar lo que sabemos a los que tienen menos formación, sobre todo, no ayudar a los jóvenes, debemos derrochar enseñanzas de medicina y de respeto por los pacientes y los colegas) y LA VANAGLORIA (yo soy todo!!!, qué pena me dan los otros!!!)

Cada uno de nosotros debemos trabajar codo a codo con los que están a nuestro lado, sin importarnos edad, sexo, nacionalidad, religión o tendencias políticas. Nuestro trabajo debe basarse en evidencias estadísticas de la población, en realidades sociales y económicas, en criterios médicos científicos. Todo lo inherente al recurso humano debería regirse por el régimen de concursos justos que permita elegir no solo a los profesionales con mejores antecedentes científicos sino también con mejor currícula de vida. Sería un ideal conjugar estas dos condiciones.

Leo y vuelvo a leer nuestro librito anaranjado de las leyes y decretos reglamentarios. Allí habla de todos los aspectos que se deben contemplar en la relación entre los colegas, entre los colegas y los pacientes, la responsabilidad del médico funcionario, del médico y la actividad gremial, de la ética médica. No recuerdo haber leído artículos en los que se establezca que la actividad política partidaria deba determinar nuestras decisiones.

Estimados colegas, sobre todos quienes tenemos funciones directivas, leamos más el librito anaranjado y lo tengamos muy en cuenta a la hora de tomar decisiones. Nos ayudará a tomar resoluciones en distintos aspectos del quehacer médico, más justas, éticas, pensando en el bien común, sin interferencia de intereses espurios y foráneos.

Dr. Juan José Loutayf Ranea  
Presidente  
Colegio de Médicos de la Provincia de Salta

## BIOGRAFÍAS

## Dr. Julio Augusto Pietrafaccia



La vida del Dr. Julio Pietrafaccia como médico fue un compromiso permanente con la Salud Pública. Atendía pacientes en los hospitales, debajo de un árbol o en las laderas de los cerros, siempre con la misma entrega y afecto.

Trabajó en el oeste de Formosa, norte de Santiago del Estero y Salta.

En la provincia de Salta participó activamente en la lucha contra el cólera que azotó a Argentina y países vecinos entre los años 1992 a 1999.

Como Epidemiólogo supo anticipar el ingreso de la epidemia del cólera en nuestro país por el lote Fiscal 55, y junto con sus colaboradores dibujó el mapa de los posibles movimientos de la epidemia, basándose en los conocimientos que tenía sobre el ir y venir de la gente, las costumbres y prácticas de los wichí.

Desde el año 1995 se destacó en sus trabajos al frente del Programa de Control de las Diarreas y Cólera y luego en el Programa de Atención Primaria de la Salud en el Ministerio de Salud Pública de Salta.

Dra. Josefina Domínguez

Nació en Paraná (Entre Ríos) el 5 de setiembre de 1949, descendiente de familias italianas y vascofrancesas. Refería que el ejemplo de su vida fue su padre, Raúl Alfredo, quien fuera empleado público y que ya jubilado se dedicó a pintar en acuarelas los paisajes de Entre Ríos.

Se recibió de Maestro Normal Nacional en la Escuela Normal José María Torres de Paraná y de Médico Cirujano en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba.

Se desempeñó como médico generalista en comunidades rurales y, por decisión personal, en comunidades de pueblos originarios de varias provincias del noroeste argentino (oeste de Formosa y del Chaco y norte de Santiago del Estero).

Trabajó y compartió la vida cotidiana de las comunidades con su familia desde el año 1979 y desde 1984 en la provincia de Salta.

En esa larga convivencia aprendió a conocer la forma de ver el mundo de los wichí y otros grupos, así como a reconocer las necesidades legítimas de los pueblos originarios del Pilcomayo, en especial las comunidades de los lotes fiscales 55 y 14 de la Provincia de Salta.

La novela "La noche anterior había llovido" refleja vivencias e historias imaginarias. No pretende ser la historia real de una persona, sino que está construida con retazos de la realidad e imaginación para mostrar una historia que pudo haber ocurrido y que, de hecho, puede volver a ocurrir. De todos modos es una visión personal de un mundo del que poco se conoce y que a pocos importa.

Falleció en Salta el 22 de abril de 2011.

# Hospitales de Cerrillos y de La Merced

## Datos generales aportados por representantes del Distrito N° 8 del Colegio de Médicos de la Provincia de Salta

### HOSPITAL SANTA TERESITA

Área Operativa XXX – Cerrillos – Salta

#### Historia Institucional

El Hospital Santa Teresita de Cerrillos fue inaugurado en el año 1949 por entonces el Gobernador de la Provincia, el Sr. Emilio Espelta. En un principio funcionaba como hogar de ancianos y a propuesta de la Sra. Ernestina Peralta de Macaferri, se le impone el nombre de “Santa Teresita”.

En el año 1.974 la demanda lleva a estructurar un servicio Materno-infantil y entonces se trasladaron a los ancianos, se modifica la estructura edilicia y se lo refuncionalizó. A partir de este momento empezó a funcionar el servicio de Toco-ginecológica, con sala de partos y profesionales de guardia activa y pasiva.

#### Datos Demográficos

El Hospital de Cerrillos corresponde al Área Operativa XXX cuya superficie es de 274 km<sup>2</sup>, con una población de 24.589 habitantes. El hospital es de complejidad III y se encuentra en la Zona Oeste de la división.

#### Recurso Humano

Profesionales: 43, Enfermeros: 32, Auxiliar de Laboratorio: 3, Técnicos de Rx: 5, Auxiliares de Farmacia: 2, Asistentes Dentales: 3, Auxiliares en Esterilización: 1, Servicios Generales: 6, Mantenimiento: 1, Choferes: 4, Agentes sanitarios: 22.

#### Centros de Atención Primaria

- 1.- Centro de Salud Los Álamos.
- 2.- Centro de Salud El Huerto.
- 3.- Centro de Salud Congreso Nacional.
- 4.- Centro de Salud Los Pinos.
- 5.- Centro de Salud V° Balcón.

#### Servicios que se Brindan

Clínica Médica, Ginecología, Obstetricia, Pediatría, Oftalmología, Odontología, Fisioterapia, Psicología, Nutrición, Fonoaudiología, Guardia Médica 24 hs., Internación Domiciliaria, Partos.

Dres. Alejandro P. Tapia y María Inés Pérez  
Distrito N° 8  
Rosario de Lerma - Salta



## HOSPITAL DR. NICOLÁS LOZANO Area Operativa L - La Merced - Salta

Es un Hospital dependiente del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Salta. Se encuentra sobre la ruta 68, camino a los valles calchaquíes, en la Capital de las Flores: La Merced, a solo 27 km. de Salta capital.

Comenzó como Estación Sanitaria en el año 1938 sobre terrenos donados por doña Dolores Aranda, quien no vislumbraba la magnitud de su generosidad, que iba a traer salud y bienestar para su entonces pequeño pueblo que ahora ya cuenta con casi 12000 habitantes.

En el año 1988 se convierte en Hospital, contaba entonces con 12 camas de internación, actualmente cuenta con 20.

En el año 2004 pasa, en la estructura sanitaria provincial, a ser el Área Operativa 50 (L) hasta la actualidad. El recurso humano es de 85 personas entre profesionales, administrativos y maestranzas, trabajando cada uno desde su espacio y como un verdadero equipo de salud.

Dependen de esta Área Operativa dos Puestos Sanitarios: San Agustín y Sumalao. También existen 4 puestos sanitarios municipales al cual concurren profesionales de este Hospital para la realización de las actividades asistenciales y de prevención y promoción de la salud.

Es un Hospital de Nivel II de complejidad, cuenta con atención en Consultorios Externos de: Clínica Médica, Medicina General, Pediatría, Gineco-Obstétrica, Cardiología, Ecografías Gineco-

Obstétricas, Psicología, Nutrición, Servicio Social, Laboratorio, Radiología, Odontología, APS, Centro Materno, Consejería en Salud Sexual y Reproductiva, Farmacia y Enfermería.

Los profesionales de nuestro equipo de trabajo hospitalario realizan además de tareas asistenciales interdisciplinarias en el ámbito hospitalario y centros de salud:

- Visitas en terreno de familias con inaccesibilidad geográfica y familias con enfoque de riesgo.

- Actividades intra y extramuro respondiendo a las necesidades de salud de la población.

- Desde hace 4 años el hospital forma parte de un programa radial cedido por FM 9 de Julio (FM 91.9) a cargo del señor Adolfo Martínez, donde se realiza promoción y prevención de la salud con consultas telefónicas en vivo desde la comunidad.

- Trabajo interinstitucional con las escuelas del área, el municipio y la policía.

En esta breve reseña se quiso puntualizar algunas de las actividades que abarcan la salud desde un punto de vista integral y accesible a la población considerando siempre que: si bien es importante el profesional que diagnostica y trata una patología, también es muy relevante el que previene y promueve la salud.

Dra. Liliana Carrasco  
Representante Distrito 8  
Integrante del equipo de trabajo del  
Hospital Dr. Nicolás Lozano  
La Merced - Salta



# Muerte Súbita en el Adulto: consideraciones médico-legales y hallazgos anatomopatológicos

## INTRODUCCIÓN

La muerte súbita (MS), es aquella que ocurre de forma inesperada en personas sanas o sin enfermedad grave conocida. (1,2) La definición se basa en tres parámetros: su etiología natural, la rapidez con que se presenta y su carácter inesperado. (1)

Sobre el plazo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el momento de la muerte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece límites temporales para definir la MS, que oscilan entre 1 y 24 horas. (3,4)

La incidencia aumenta gradualmente con la edad y es particularmente alta en la fase aguda del infarto de miocardio. (5) Tiene dos picos de máxima incidencia: durante el primer año de vida (muerte súbita del lactante) y entre los 45-75 años. (2)

Se suele agrupar las causas de MS por sistemas: cardiovascular, neuropatológico, respiratorio, endócrino, hematopoyético, etc. (4). Se considera que la MS de origen cardíaco es la causa más común en el adulto, y en el hemisferio occidental, alcanzando aproximadamente al 90% de las mismas. (2-4-5) Un número pequeño de casos (menos del 5%) se acompaña de un proceso extracardíaco grave, como una hemorragia cerebral o hemorragia digestiva masiva. (4) En el grupo restante no se encuentra enfermedad asociada, aunque en ocasiones puede existir un patrón electrocardiográfico sugestivo. (4) Entre los mecanismos desencadenantes, se estima que 90% son de tipo arrítmico y el 10% restante a fallo cardíaco progresivo. (4)

## Muerte de etiología dudosa

La muerte súbita o de causa natural, al producirse en forma rápida e inesperada, es motivo de autopsias médico-legal, a los fines de descartar origen violento (homicida, suicida, accidental, etc.) ya que se parte de la premisa de ser considerada una muerte sospechosa o dudosa. (1,2)

En relación con la muerte de etiología dudosa (MED), se pueden distinguir tres tipos (1):

1. Muerte sin asistencia médica: Se refiere al fallecimiento de personas que no están recibiendo asistencia médica (vagabundos, ancianos que viven solos)

2. Muerte en el curso de un proceso clínico de evolución atípica: tiene lugar durante una enfermedad cuya extraña evolución clínica culmina con la muerte.

3. Muerte súbita o inesperada: es la modalidad más frecuente y de gran importancia médico legal.

En patología forense existen varios grados de certeza cuando se escriben las conclusiones sobre la causa de una muerte. (3). De este modo, según los hallazgos de la autopsia, podemos catalogar a la MS como: (1,3,6)

1. MS lesional: existe un hallazgo macro y microscópico, histopatológico y/o bioquímico suficiente para explicar con certeza la muerte. (ejemplo: infarto de miocardio).

## SR. COLEGIADO:

Si Ud. efectúa un depósito en la cuenta bancaria de esta Institución, deberá informarnos sobre el mismo a [contable@colmedsa.com.ar](mailto:contable@colmedsa.com.ar) para su verificación.

MESA DIRECTIVA

2. MS funcional con base patológica: se ponen de manifiesto lesiones capaces de explicar la muerte, pero susceptibles también de haber permitido la continuidad de la vida. (ej. arteriosclerosis coronaria no oclusiva).

3. MS funcional o autopsia negativa: cuando los hallazgos son inespecíficos. (ej. muerte en ataques epilépticos).

## OBJETIVOS

### Objetivo General

Caracterizar por medio del estudio histopatológico las causas de muertes súbitas en los subtipos:

- a. lesional
- b. funcional
- c. funcional con base patológica.

### Objetivos Específicos

Determinar porcentaje de los distintos tipos de muertes súbitas.

Determinar el porcentaje de muertes súbitas funcionales.

Determinar patologías asociadas a muertes súbitas lesionales.

## MATERIALES Y MÉTODOS

113 autopsias (91 hombres y 22 mujeres) remitidas como muerte dudosa en mayores de 18 años de 441 autopsias realizadas durante el período comprendido desde enero a diciembre de 2011 en la morgue del Poder Judicial de la Provincia de Salta. La

edad promedio fue 61,3 años (rango 19-95 años).

Se tomaron muestras para estudio histopatológico de cerebro, pulmón, corazón, hígado y riñón, y en casos especiales de otro órgano con interés especial de estudio.

El análisis de las diferencias entre muertes súbitas se realizó con el programa SPSS Statistics 21. (11)

## RESULTADOS

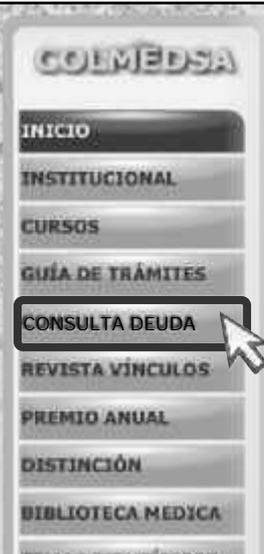
99 autopsias se correspondieron a MS lesional, 3 a MS funcional con base patológica y 11 a MS funcional. (11)

De las MS lesionales, 86 fueron diagnosticadas como muerte natural de causa cardiovascular.

En 1 caso se diagnosticó insuficiencia renal crónica terminal por los hallazgos anatomopatológicos y los antecedentes patológicos recabados al momento de la autopsia.

En 12 casos se diagnosticó muerte natural de causa neuropatológica, observándose hemorragia subaracnoidea y ventricular de origen hipertensivo y/o aterosclerótico, o por rotura de aneurismas. Un caso la extinta tenía antecedentes de esquizofrenia de larga data con tratamiento y la anatomía patológica mostró daño neuronal (pérdida y daño hipóxico neuronal) en hipocampo, por lo cual, ante la ausencia de otras alteraciones morfológicas en el resto de los órganos, se la incluyó en este grupo.

3 casos se los incluyó en el grupo de MS funcional con base patológica. La causa de muerte fue una hemorragia digestiva grave por úlcera duodenal



Consulte su estado de cuenta corriente y/o imprima sus boletas de pago desde

[www.colmedsa.com.ar](http://www.colmedsa.com.ar)



Solicite su clave de acceso a [info@colmedsa.com.ar](mailto:info@colmedsa.com.ar)

sangrante y shock hipovolémico secundario.

En 11 casos no se encontraron alteraciones que justifiquen el deceso y fueron diagnosticadas como MS funcionales.

## DISCUSIÓN

La MS lesional de tipo cardiovascular fue la causa predominante, coincidiendo con la bibliografía analizada. (2,7,9).

Virmani et al. propusieron clasificar las MS cardíacas en: (7)

Definitivas: todas aquellas causas de muerte que dan como resultado un taponamiento, rotura de pared ventricular o insuficiencia cardíaca aguda.

Probables: causa aceptada de muerte cardíaca tras excluir rigurosamente una causa no cardíaca.

Posibles: arterioesclerosis coronaria con estenosis entre 60-75% del calibre de al menos uno de los troncos principales, puente intermiocárdico, etc.

En las MS neuropatológicas, la bibliografía indica que la causa más frecuente corresponde a epilepsia (2 al 17%), seguida por la hemorragia subaracnoidea no traumática, (13,16).

Otras causas menos frecuentes de MS pueden atribuirse al sistema digestivo originadas

generalmente por hemorragia masiva. (1,6)

La MS funcional sobreviene ante un estímulo periférico relativamente simple, por lo común inocuo y la muerte ocurre en pocos minutos. Su incidencia es baja, corresponden a menos del 5% del total de las MS y su diagnóstico se hace por exclusión. (6,19)

## CONCLUSIONES

En lo referente a la causa más frecuente de MS lesional, se observó una correlación con lo analizado en la bibliografía, nacional e internacional.

Las diferencias en las causas de origen neuropatológico se puede deber a la negativa de los profesionales de la salud en nuestro medio al momento de realizar un certificado de defunción, razón por la cual incrementa notablemente el número de autopsias que ingresan por patología cerebrovascular al sistema judicial.

La MS funcional, se observó en el 10% del total, lo cual hace analizar si realmente se realizó un apropiado y minucioso muestreo de dichas autopsias o bien corresponden a diferentes tipos de arritmias, las cuales no pueden diagnosticarse con los métodos complementarios con los que se cuenta.

Dra. Claudia M. Portelli - Dr. Carlos R. Eveling  
Tec. Javier E. Lamas - Tec. Pablo J. Mamani  
Dr. Luis S. Spitale - Tec. Rosana Ayon

## BIBLIOGRAFIA

1. Gisbert Calabuig. Medicina Legal y Toxicología Capítulo 19. pag 225-241. 6º Ed Elsevier Masson, 2004.
2. Aguilera Tapia B; Suarez Mier M. Hallazgos en muertes súbitas cardíacas. XXI Congreso de la Sociedad de Anatomía Patológica. España 2003.
3. Dolinak David, Matshes Evan, Lew Emma. Forensic Pathology. Capítulo 4 pág. 71-119. Elsevier 2005
4. Farreras Valentí P, Rozman C. Medicina Interna. Volumen 1. Capítulo 64 pág. 603-609. 14ª Edición. Harcourt 2000.
5. Bayés de Luna A, Elosua R. Muerte Súbita. Rev. Esp. Cardiol. 2012; 65 (11):1039-1052.
6. Vargas Sanabria M. Muerte súbita de origen neuropatológico (I parte). Medicina Legal de Costa Rica 2009;26 (1): 35-55.
7. Carratalá Calvo F, et al. Patología coronaria no arteriosclerótica como causa de muerte súbita en adultos. Casuística del Instituto de Medicina Legal de Valencia (1997-2005). Cuad Med Forense 2005; 11: 307-316
8. Fellner J, Navari C. Investigación médico legal de la muerte súbita no violenta. Cuadernos de Medicina Forense Año 2, Nº 2, página 7. [http://www.csjn.gov.ar/cmfc/cuadernos/2\\_2\\_7.htm](http://www.csjn.gov.ar/cmfc/cuadernos/2_2_7.htm).
9. Oliva A, et al. State of the art in Forensic Investigation of Sudden Cardiac Death. Am J Forensic Med Pathol 2011;32:1-16.
10. Molina Aguilar P, Dasi Martínez C, Gisbert Grifo M. La Autopsia Blanca. Rev Esp Patol 2004; 37, (1): 23-34.
11. Corrado D, Basso C, Thiene G. Sudden cardiac death in young people with apparently normal heart. Cardiovascular Research 2001; 50:399-408.
12. DiMaio DJ, and DiMaio VJ. Forensic Pathology. Capítulo 3. 2ª Edición. CRC Press. 2001
13. Morentin B, et al. Mortalidad por enfermedades del miocardio en niños y jóvenes. Estudio observacional de base poblacional. Rev Esp Cardiol. 2006;59 (3):238-46.
14. Chejfec G. Fat replacement of the glycogen in the liver as a cause of death. Arch Pathol Lab Med. 2001;125:21-24.



Visite nuestro Sitio Web:

[www.colmedsa.com.ar](http://www.colmedsa.com.ar)

# Hipertensión Intracraneana Idiopática: Manifestaciones Oftalmológicas, Diagnóstico y Tratamiento

## RESUMEN

Presentamos el caso de una paciente de 23 años quién consultó por disminución de agudeza visual y cefalea de aproximadamente 15 días de evolución. Al examen oftalmológico se constató edema de papila bilateral con alteración del reflejo macular. Se realizaron estudios complementarios tanto oftalmológicos como neurológicos para determinar su causa: campo visual computarizado (CVC), Tomografía de coherencia óptica (OCT), Retinografía (RG), neuroimágenes (RMN), y presión de líquido cefalorraquídeo. Correlacionando los resultados de dichos estudios con la clínica de la paciente, se llegó al diagnóstico de hipertensión intracraneana idiopática benigna. Se instauró tratamiento médico y se sugirió dieta para disminuir el peso con monitoreo nutricional, y control metabólico con endocrinólogo. Evolucionó favorablemente y se comenzó a reducir la dosis de la medicación hasta suspender el tratamiento. Se continuó con controles mensuales de CVC, OCT de papila y macula y RG hasta normalizar el aspecto de la papila.

Aunque este síndrome de Hipertensión intracraneana idiopática benigna no lo vemos con frecuencia hay que saber que existe y sospecharlo, realizar los estudios correspondientes y el tratamiento oportuno para evitar o disminuir al máximo las complicaciones.

Palabra clave: papiledema, hipertensión idiopática benigna, seudotumor cerebri

## INTRODUCCIÓN

La hipertensión intracraneal idiopática (HICI) es una entidad caracterizada por un aumento de la presión intracraneal, sin que exista evidencia de patología intracraneal (1). Suele ser autolimitada aunque con tendencia a la recidiva (2).

La HICI fue descrita inicialmente por Quincke y recibió diferentes denominaciones hasta que Buchheit propuso el término actual de HICI, en 1969 (1). En 1937, Dandy propuso los criterios diagnósticos de la HICI por primera vez (2). Posteriormente, Smith revisó y modificó los criterios de Dandy en 1985 (3), y estos últimos son los que más se utilizan en la actualidad. En 2002, Friedman estableció nuevos criterios diagnósticos con el fin de mejorar los criterios modificados de Dandy (4). En general, los criterios diagnósticos de la HICI se basan en la existencia de síntomas y signos de hipertensión intracraneal (HIC), y en la ausencia de anomalías en las pruebas de laboratorio, como en los estudios imagenológicos (RMN).

Es más frecuente en mujeres de edad media, obesas (1,3). La manifestación clínica más frecuente es la cefalea asociada a síntomas oculares tales como disminución de la agudeza visual, escotomas y fopsias así como diplopía por afectación característica del VI par(2). Incluso puede llegar a provocar ceguera irreversible.

La elevación de la presión del líquido cefalorraquídeo (LCR) por encima de 250 mm de H<sub>2</sub>O, tras descartar patología intracraneal es diagnóstica de la enfermedad (4).

El aumento de la presión del líquido cefalorraquídeo (LCR) hace que este aumente en la porción retrolaminar del nervio óptico, lo cual condiciona que disminuya el flujo axoplásmico, primeramente el lento, luego el rápido y cause edema de la capa de fibras nerviosas peripapilares en orden (inferior, superior, nasal y temporal); de manera secundaria aumenta la presión venosa hidrostática lo que provoca colapso de la microcirculación capilar venosa, ruptura de los vasos arteriales; condiciona infartos de la capa de fibras nerviosas, formación de cuerpos hialinos debido a la apoptosis, proliferación glial y finalmente atrofia.(5,6,7)

El signo oftalmológico principal es el papiledema, que lleva al deterioro de la función visual, y si persiste la hipertensión intracraneal puede ocasionar ceguera total. (8-9-10)

### CASO CLÍNICO

Mujer de 23 años de edad, que consulta por disminución de la agudeza visual (AV) y cefaleas de 15 días de evolución. Como antecedentes generales refiere hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina y síndrome metabólico en tratamiento con metformina.

Al examen oftalmológico se encontró una AV s/c 20/25, c/c 20/20 ojo derecho (OD), 20/40, 20/20 ojo izquierdo (OI); motilidad, visión cromática y biomicroscopia sin particularidades; presión intraocular (PIO) OD 11 y OI 12; refracción con cicloplejia OD 163° -1.25 +2.75 y OI 16° -1.50 +4.00; fondo de ojo (FO) papilas edematosas con bordes borrosos, sobreelevados, disminución del reflejo macular, ingurgitación venosa y aumento de la tortuosidad vascular, retina aplica.

Se realizan estudios complementarios: CVC umbral 24-2, OCT de macula y papila, RG, RMN, presión de salida de líquido cefalorraquídeo (PLCR) e interconsulta con neurología.

El CVC informó en ambos ojos, aumento de la mancha ciega con depresión periférica.

En la RG se detectó papilas de bordes difusos, sobreelevación de los vasos en la entrada y la salida, ingurgitación venosa y aumento de la tortuosidad vascular y edema macular.

OCT de papila AO: capa de fibras nerviosas papilares elevadas muy por arriba de los valores normales y en el OCT macular se detectó edema más marcado en OI.

La RMN fue normal y la PLCR 250 mmH<sub>2</sub>O con composición bioquímica del mismo normal. El Informe de valoración neurológica: sin particularidades no presenta masa ocupante.

Se indicó tratamiento con acetazolamida (DIABO) 250 mg c/ 6 hs, prednisona (METICORTEN) 5 mg 2 comprimidos c/8 hs, y control con nutricionista, endocrinólogo y ginecólogo. Se cita a control a los 7 días donde no se detectó cambios en el FO.

En el control a los 15 días de iniciado el tratamiento se constata en el FO papilas menos edematosas, asimétrica (mejor OI), no está congestionada; PIO 12/12 y AV estable. El tratamiento se fue reduciéndose cada 15 días hasta suspenderlo.

Los estudios se repitieron cada 30 días evidenciándose mejoría.

A nivel nutricional la paciente bajo 6 kilos desde el inicio del tratamiento.

A los 4 meses de iniciado el tratamiento se suspendió por completo el mismo ya que el cuadro remitió así como también los estudios complementarios dieron normales.

El último control se realizó a los 6 meses donde se repitió CVC: OD: leve aumento de la mancha ciega, OI: normal. RG: AO: papilas bordes netos, coloración normal, excavación 0.1, vasos normales, retina aplicada.

### DISCUSIÓN

El diagnóstico de HICI se basaba en los criterios de Dandy modificados (11,12). Entre los cuales está la clínica con síntomas y signos de hipertensión intracraneal, nivel de vigilia, ausencia de signos de localización neurológica, neuroimagenes cerebrales y vasculares normales, a excepción de una disminución del tamaño ventricular o de la silla turca vacía, la presión del LCR mayor o igual a 250 mm H<sub>2</sub>O, y la etiología.

En el 90% de los casos son mujeres jóvenes con una edad media de 31 años (11). La HICI se considera una entidad de etiología desconocida. Sin embargo, se han admitido varias teorías sobre su patogénesis incluyendo edema cerebral(11), descenso de la absorción de LCR por las vellosidades aracnoideas(12), aumento en la producción de LCR(22), aumento del volumen intravascular(13) y aumento de la presión venosa intracraneal o trombosis (14). Estas teorías traducen una alteración en la funcionalidad de los senos venosos que condiciona un trastorno en el drenaje de LCR. Aunque entre las posibles causas se han propuesto alteraciones endocrinológicas (hipertiroidismo, hipotiroidismo, hipoparatiroidismo, insuficiencia suprarrenal, síndrome de Cushing) (15), solamente la obesidad y el incremento de peso reciente se han relacionado estadísticamente con esta afección (16).

Este síndrome presenta una gran variabilidad en cuanto a su sintomatología. Hay enfermos con una cefalea incapacitante, mientras que en otros casos cursa de forma asintomática y sólo se aprecia alteraciones campimetrías como aumento de la mancha ciega, alteraciones nasales inferiores dependiendo del daño de la CFN; También se han descrito diplopía, oscurecimientos visuales transitorios, pérdida de visión progresiva o brusca, y más raramente escotomas centelleantes y dolor retroocular (17).

Santos y cols. (18) describen cuatro formas de presentación:

1- Aparición de síntomas de hipertensión intracraneal: cefalea, náuseas, vómitos, diplopía.

2- Instauración aislada de síntomas visuales: oscurecimientos visuales fugaces, visión borrosa, disminución de la agudeza visual.

3- Coexistencia de síntomas de hipertensión intracraneal y visuales.

4- Descubrimiento de un papiledema aislado en un examen oftalmológico de rutina.

En la exploración neurooftalmológica, el hallazgo más característico es la presencia de papiledema (98-100%) (17). De acuerdo a la progresión del papiledema podemos clasificar el aspecto del fondo de ojo en cuatro fases o estadios: Incipiente, Establecido, Crónico y Atrófico. (23, 24, 25,26). En ocasiones, entre el 10% y 40% de los casos, se aprecia paresia del VI par (10). La dieta hipocalórica junto con la práctica de punciones lumbares repetidas, una o dos veces por semana, es el primer tratamiento a

considerar (3). Este método consigue, por sí mismo, remisiones transitorias (3). Otras medidas terapéuticas incluyen el uso de diuréticos como la acetazolamida. En caso de no respuesta a estos tratamientos, puede ser necesario el uso de corticoides y la derivación lumboperitoneal o la fenestración del nervio óptico (19).

## CONCLUSIÓN

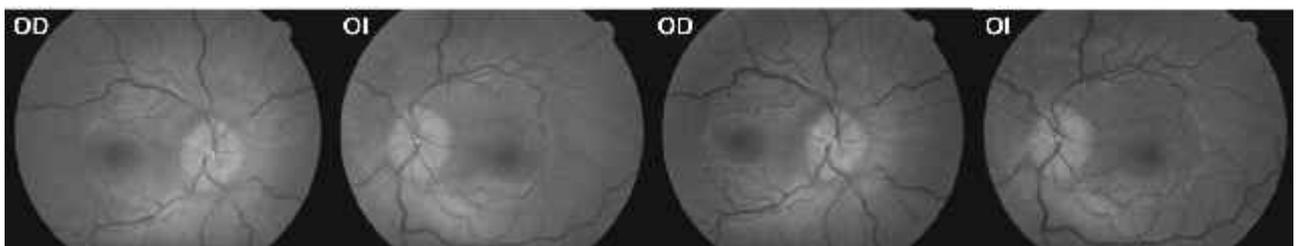
Llegamos al diagnóstico de hipertensión intracraneal idiopática (HICI), por los antecedentes de mujer joven con sobrepeso y alteraciones endocrinas. Con la RMN se descarta la presencia de masa ocupante, la presión del líquido cefalorraquídeo fue de 250 mmH<sub>2</sub>O, por lo cual se tomó la decisión de comenzar con el tratamiento con acetazolamida 250 mg c/6, prednisona 5 mg 2 comprimidos c/8 y disminución del peso corporal, con monitoreo nutricional, y control metabólico con endocrinólogo. Las dosis fueron disminuyendo cada 15 días durante 4 meses.

Se vio una franca mejoría en la evolución tanto en la clínica como en los estudios complementarios de seguimiento (CVC, OCT macular y papila, RG). La presión del líquido cefalorraquídeo se tomó en una sola oportunidad ya que la evolución clínica fue favorable y mejoró notablemente el cuadro. Planteamos tener en cuenta siempre este síndrome y su tratamiento inmediato con los controles oftalmológicos para reducir las secuelas visuales.

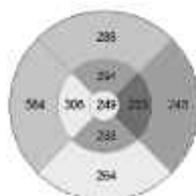
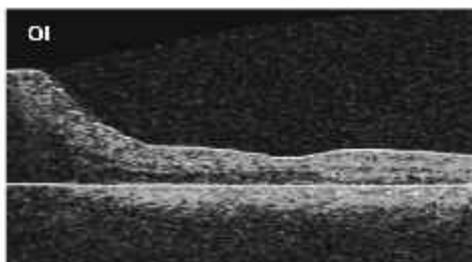
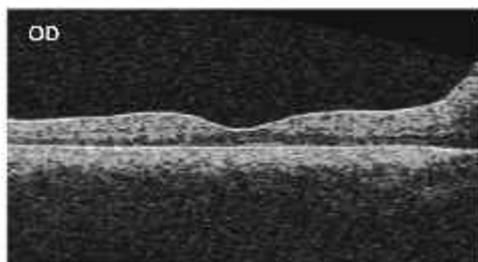
Dr. Hugo Saravia Olmos,  
Dra. Carolina Saravia y  
Dr. Harry Marcial Lazo  
(Instituto Oftalmológico Saravia Olmos)

## ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS OFTALMOLÓGICOS

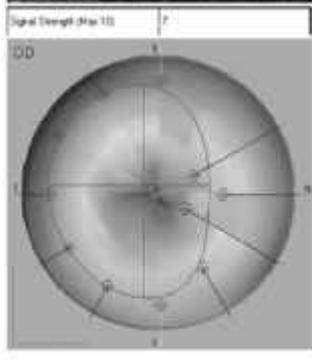
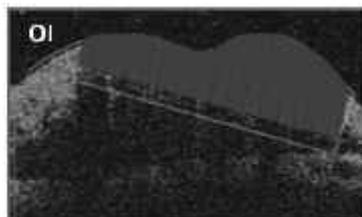
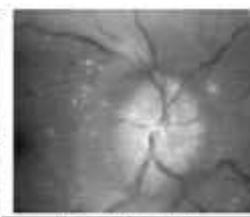
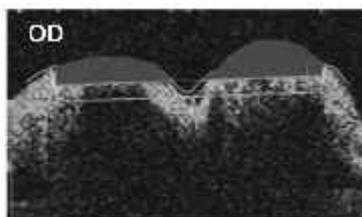
### RETINOGRAFÍA PRE TRATAMIENTO



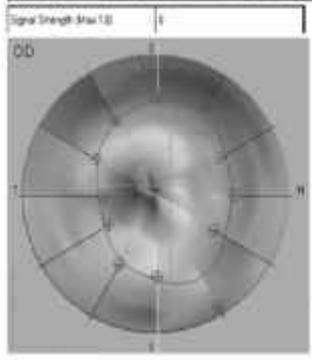
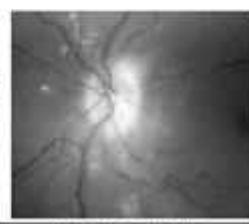
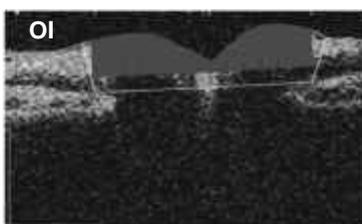
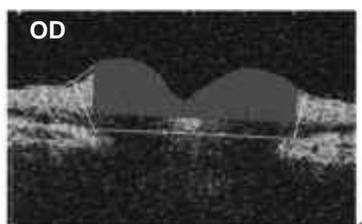
OCT MACULAR, MAPA DE ESPESORES: PRE TRATAMIENTO



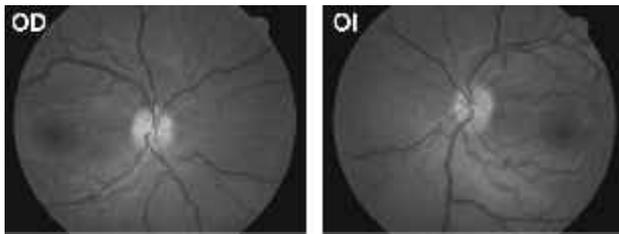
OCT DE PAPILA: PRE TRATAMIENTO



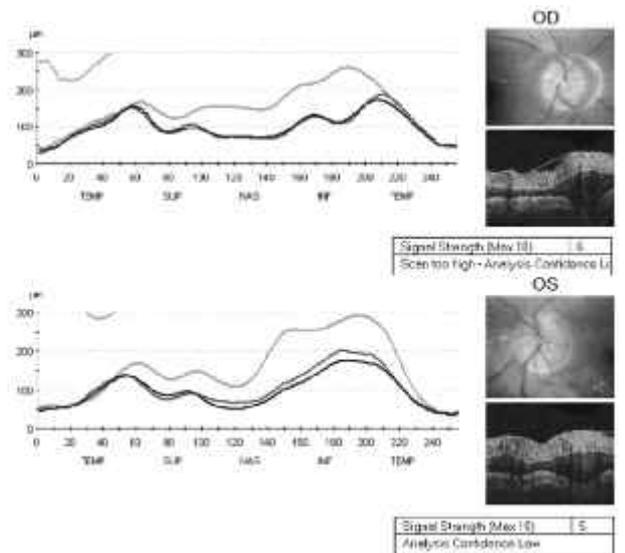
OCT DE PAPILA: POST TRATAMIENTO



## RETINOGRAFIA A LOS 4 MESES DE INICIADO EL TRATAMIENTO



## OCT DE PAPILA: EVOLUCION DEL ESPESOR DE CAPAS DE FIBRAS



Color Legend and Exam Dates		
	OD	OS
First Exam	11/14/2013 (N=3)	11/14/2013 (N=3)
Second Exam	12/27/2013 (N=3)	12/27/2013 (N=3)
Third Exam	2/14/2014 (N=3)	2/14/2014 (N=3)
Fourth Exam	4/15/2014 (N=3)	4/15/2014 (N=3)

## BIBLIOGRAFIA

- Ahlskog JE, O'Neill BP. Pseudotumor cerebri. *Ann Intern Med* 1982; 97: 249-256
- Dandy WE. Intracranial pressure without brain tumor: diagnosis and treatment. *Ann Surg* 1937; 106: 492-513.
- Smith JL. Whence pseudotumor cerebri. *Clin Neuroophthalmol* 1985; 5: 55-6.
- Friedman DI, Jacobson DM. Diagnostic criteria for idiopathic intracranial hypertension. *Neurology* 2002; 59: 1492-5.
- Wirtschafter JD, Rizzo FJ, Smiley BC. Optic nerve axoplasm and papilledema. *Surv Ophthalmol.* 1975; 20:157-189.
- López VE, Bilbao-Calabuig R. Papiledema y otras alteraciones del disco óptico. *Neurol Supl.* 2007; 3(8):16-26.
- Miller N, Newman N, editors. *The Essentials: Walsh & Hoyts. Clinical Neuro-Ophthalmology.* 5th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1999.
- Pham L, Wall M. Idiopathic Intracranial Hypertension (Pseudotumor Cerebri). *Eye Rounds org.* 2009;21. Disponible en: <http://www.EyeRounds.org/cases/99-pseudotumor-cerebri.htm>
- Piovesan EJ, Lange MC, Piovesan L, Monteiro de Almeida S, Kowacs PA, Werneck LC. Long-term evolution of papilledema in Idiopathic intracranial hypertension. *São Paulo: Arq Neuro-Psiquiatr.* 2002;60(2B). Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X2002000300021&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2002000300021&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
- Mendoza SC, Mendoza SE, Reyes BA, Santiesteban FR: Papiledema. Actualización en diagnóstico y tratamiento. *Oftalmología, criterios y tendencias actuales.*
- Wall M, George D. Idiopathic intracranial hipertension. A prospective study of 50 patients. *Brain* 1991; 114:155-180.
- Smith JL. Whence pseudotumor cerebri? *J Clin Neuroophthalmol* 1985; 5: 55-56.
- Sahs AL, Joynt RJ. Brain swelling of unknown cause. *Neurology* 1956; 6: 791-803.
- Raichle ME, Grubb RL Jr, Phelps ME, et al. Cerebral hemodynamics and metabolism in pseudotumor cerebri. *Ann Neurol* 1978; 4: 104-11.
- Rekate HL, Brodkey JA, Chizeck HJ, et al. Ventricular volume regulation: a mathematical model and computer simulation. *Pediatr Neurosci* 1988; 14: 77-84.
- Junck L. Benign intracranial hypertension and normal pressure hydrocephalus: theoretical considerations. In: Miller TD, Teasdale GM, Rowan JO, Galbraith SL, Mendelson AD, ed. *Intracranial pressure VI.* Berlin: Springer, 1986; 447-450.
- Giuseffi V, Wall M, Siegel PZ, Rojas PB. Symptoms and disease associations in idiopathic intracranial hypertension (pseudotumor cerebri): a case-control study. *Neurology* 1991; 41: 239-44.
- Fishman RA. The pathophysiology of pseudotumor cerebri: an unsolved puzzle. *Arch Neurol* 1984; 41:257-8.
- Santos S, López del Val LJ, Pascual LF y col. Pseudotumor cerebral: análisis de nuestra casuística y revisión de la literatura. *Rev Neurol* 2001; 33: 1106-11.
- Corbett JJ, Savino PJ, Thompson HS et al. Visual loss in pseudotumor cerebri. *Arch Neurol* 1982; 39: 461-74.
- Kelman SE, Heaps R, Wolf A, Elman MJ. Optic nerve decompression surgery improves visual function in patients with pseudotumor cerebri. *Neurosurgery* 1992; 30: 391-5.
- Salman MS, Kirkham FJ, MacGregor DL. Idiopathic «benign» intracranial hypertension: case series and review. *J Child Neurol* 2001; 16: 465-70.
- López VE, Bilbao-Calabuig R. Papiledema y otras alteraciones del disco óptico. *Neurol Supl.* 2007; 3(8):16-26.
- Miller N, Newman N, editors. *The Essentials: Walsh & Hoyts. Clinical Neuro-Ophthalmology.* 5th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1999.
- Liu GT, Volpe NJ, Galetta SL. Optic disc swelling: papiledema and other causes. *Neuro-ophthalmology: diagnosis and management.* Philadelphia: WB Saunders; 2001.
- Spitzer MS, Weckerle P, Wilhelm H. Bilateral papilledema. *Ophthalmology.* 2007; 104(11):985-6.

## Existe relación entre el Aborto y el Cáncer de Mama?

Durante varios años, en el mundo de la oncología (cáncer) se nos ha preguntado si hay un aumento en el riesgo de cáncer de mama en mujeres que se inducen un aborto. Esta relación se basaba en muchos estudios hechos en USA y en otros países desde 1957 hasta el año 2000 en los cuales se encontró que el riesgo de cáncer de seno aumentaba en mujeres que se habían inducido un aborto.

Más de 20 de estos estudios fueron revisados por el Dr. Joel Brind, que en 1996 publicó una revisión de estos hechos en la revista "Journal of Epidemiology and Community Health", donde existían alrededor de 18 estudios que postulaban una asociación (incluyendo 9 de los 10 estudios americanos). Sin embargo, en el mismo artículo mencionaba que existían alrededor de cinco estudios que no mostraban ninguna relación. Como el número de estudios no es lo más importante, sino la calidad de los mismos y el número de pacientes que intervinieron, la comunidad médica nunca tomó una posición definida al respecto, especialmente porque el aborto es un tema bastante controversial. Sin embargo, en Junio del año 2002, casi treinta congresistas pidieron al Instituto Nacional del Cáncer (NCI) que informara en su página electrónica que por lo menos existía una posible relación entre estos dos problemas, lo que obviamente atrajo la ira de los partidarios del aborto.

En Febrero del 2003 el NCI convocó a un grupo de expertos en el tema y les pidió que dieran una opinión al respecto. Para sorpresa de muchos de nosotros la respuesta fue concluyente. En Marzo, ellos afirmaron que "no existía asociación entre el cáncer de mama y el aborto", por lo que el NCI cambió en su página electrónica la frase que decía que podría existir una relación entre ambos por la afirmación que niega toda relación dando una falsa sensación de seguridad a las mujeres que quieren abortar.

Ser católico no se contradice con ser hombre de ciencia. Nosotros siempre nos hemos opuesto al aborto, no necesariamente porque vaya a causar



cáncer de mama o porque sea peligroso para la madre. Sino porque la razón fundamental, independientemente que le ocasione un daño a la madre o no, el punto está en que el aborto destruye la vida de un ser humano inocente sin respetar su dignidad de ser humano.

Sin embargo, especialmente en los Estados Unidos, donde la individualidad se sobrevalora tanto, creemos que es importante que la gente que se vaya a practicar un aborto, porque no comparte nuestras creencias, esté alerta de las posibles consecuencias que el aborto trae. Hemos visto con bastante sorpresa la decisión de los expertos del NCI respecto al tema, porque todo material científico que dicen haber analizado ha estado disponible en los últimos años (uno de los principales estudios que usan para no mostrar relación alguna está publicado desde 1997). Que nosotros sepamos no ha existido ningún descubrimiento científico "reciente" o "contundente" que obligue a que se disipe la duda entre la asociación de aborto y cáncer de mama. Al respecto, el mismo Doctor Joel Brind comenta en la revista "Ethics and Medics" de Mayo de este año, que solamente en el año 2002, se han publicado 38 estudios epidemiológicos sobre el tema. Y 29 de los estudios sugirieron que existe una relación entre el cáncer de mama y el aborto. Los llamados "expertos" citaron "nuevos estudios" que "no han sido publicados todavía" (por lo que no podemos

revisarlos” que contienen la información que respalda su posición.

Lamentablemente existe mucha presión política de las fuerzas a favor del aborto que ya desde el año pasado estuvieron exigiendo modificaciones en la página electrónica del NCI. Y como dijimos antes (gracias a la intervención de los congresistas) mencionaba que existía un “riesgo” que tuvo que cambiarse porque la evidencia es “no conclusive (no es definitiva)” y ahora porque “no existe riesgo”.

Pienso como experto en el tema y católico practicante (como muchos los oncólogos católicos) que si no existe evidencia científica absoluta que pruebe el nexo entre estas dos situaciones no deberíamos nosotros radicalizar nuestra opinión y

decirle a todo el mundo que tendrán cáncer de mama si abortan, porque a fin de cuentas nuestras razones morales en contra del aborto son superiores.

Pero vemos con extrema preocupación que una organización oficial asegure a mujeres que van a abortar que no existe mayor riesgo entre el aborto y el cáncer de mama, cuando la mayor parte de la evidencia está en favor que sí existe una conexión. Es como si la ciencia hubiera perdido toda su fuerza y se hubiera convertido simplemente ahora en motivo de opinión política.

Dr. Luis E. Raez  
 Profesor Asistente  
 Sylvester Comprehensive Cáncer Center  
 Escuela de Medicina - Universidad de Miami

## 17 de Agosto Aniversario de la muerte del Gral. José de San Martín

*Hacia 1811, San Martín renunció al Ejército español y, previo paso por Londres, se embarcó hacia Buenos Aires. Luego de vencer en San Lorenzo (1813) fue nombrado gobernador de Cuyo (1815), desde donde organizó el ejército Libertador que cruzó los Andes en el verano de 1817. El triunfo en las batallas de Chacabuco (1817) y de Maipú (1818) aseguró la independencia de Chile. Tres años después, inició la expedición a Perú, para proclamar en Lima en 1821 la Independencia de ese país. Junto con Bolívar, Sucre, Artigas y O' Higgins, San Martín es ejemplo de aquellos que pusieron sus dotes militares al servicio de las ideas revolucionarias que guiaron la emancipación sudamericana.*



## 4 de Julio: “Día Nacional del Médico Rural”

Instituido por ley N° 25448, el día elegido para esta conmemoración es la fecha de nacimiento del doctor Esteban Laureano Maradona, “en recuerdo de su vida ejemplar, que se une a la de todos los médicos rurales argentinos cuyas historias anónimas nos esconden sus nombres y sus desvelos”.

Esteban Laureano Maradona nació en Esperanza, provincia de Santa Fe, el 4 de julio de 1895 y murió en Rosario, el 14 de enero de 1995.

Fue un médico rural, naturalista, escritor y filántropo famoso por su modestia y abnegación, que pasó cincuenta años en una remota localidad de Formosa ejerciendo desinteresadamente la medicina.

Su vida fue un ejemplo de lucha y altruismo. Ayudó a comunidades indígenas en todo aspecto: tanto económico como cultural, humano y social.

Escribió libros científicos de antropología, flora y fauna. Renunció a todo tipo de honorario y premio material viviendo con suma humildad y colaborando con su dinero y tiempo con aquellos que más lo necesitaban a pesar de que pudo haber tenido una cómoda vida ciudadana, gracias a sus estudios y a la clase social a la que pertenecía.

Un par de frases por él dichas sintetizan muy bien su pensamiento sobre su profesión y su manera de vivir: “...Si algún asomo de mérito me asiste en el desempeño de mi profesión, este es bien limitado, yo no he hecho más que cumplir con el clásico juramento hipocrático de hacer el bien a mis semejantes. Muchas veces se ha dicho que vivir en austeridad, humilde y solidariamente, es renunciar a uno mismo. En realidad ello es realizarse íntegramente como hombre en la dimensión magnífica para la cual fue creado...”

El 9 de julio de 1935 el destino de Maradona quedó sellado. Esteban Laureano Maradona, un joven médico de 40 años, viajaba en tren hacia Tucumán a visitar a su hermano, por entonces intendente de San Miguel. Pero la vieja locomotora no pudo seguir más y tuvo que detenerse en Formosa, en la localidad de



Estanislao del Campo, para realizar un transbordo de pasajeros. Allí cerca, en el medio del monte, una parturienta se debatía entre la vida y la muerte. Y hacia allí se dirigió el Doctor a pedido de su esposo, un desesperado empleado ferroviario.

Maradona atendió el problema salvando a la madre y a su beba. Cuando regresó a la estación, el nuevo tren no lo había esperado. Encontró, en cambio, una multitud de enfermos pidiendo que los atendiera. Y ya no pudo irse. Durante 50 años curó leproso y chagásicos, atendió a baleados y engangrenados, fue partero a la luz de la Luna y pediatra sin agua corriente. Y jamás aceptó que le pagaran por sus servicios.

“...Con el oxígeno del aire y el agua que viene del cielo me basta. No tengo motivos de queja...”, repetía Maradona describiendo su modelo de vida.

“Doctorcito Dios”, “Doctor Cataplasma”, “Doctorcito Esteban” o “el médico de los pobres”, como le dijeron durante toda su vida, se graduó en 1926 con diploma de Honor en la Facultad de Medicina de Buenos Aires, siendo discípulo de Bernardo Houssay.

Durante la guerra del Chaco se alistó como aspirante a camillero en Asunción. Al terminar el conflicto ya era Teniente Primero Médico y Director del Hospital Naval de Paraguay. Durante su gestión donó todos

sus salarios a los soldados paraguayos. También cedió sus ahorros y magros ingresos para construir la Colonia de leproso de la Isla del Cerrito, en el río Paraná, y fundó la primera escuela bilingüe para aborígenes del país en Formosa.

Maradona fue tres veces propuesto para el Premio Nobel, obtuvo el Diploma de Honor Internacional de Medicina para la Paz otorgado por las Naciones Unidas y es Ciudadano Ilustre de Rosario, pero él aseguraba: "Yo nunca pensé en ser profesor ni científico, ni mucho menos ilustre, como andan diciendo por ahí. Los periodistas me hacen propaganda, pero yo soy un médico del monte, que es menos que un médico de barrio".

El doctor Maradona vivió sus 99 años trabajando por los indígenas y los pobres, que lo rodearon de afecto y reconocimiento por su humildad y por la dedicación con que asumió la profesión.

El 14 de enero de 1995 falleció en la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, Argentina, mientras descansaba en su cama.

Maradona resumió su vida como un eterno aprendizaje: "...yo aprendí mucho, y así se me ha pasado la vida, cursando la Universidad de los indios."

## A nuestro querido Dr. Antonio Ramón Ruiz (1946-2010)



De una niñez humilde y sacrificada pero vivida con alegría, se fue formando una persona llena de buenas costumbres, la sencillez, la constancia y la sonrisa pronta, fueron sus pilares para avanzar en su vida.

Desde su Jujuy natal, hasta la universitaria Córdoba, fue haciendo su camino, un profesional dedicado al servicio de los demás a través de la medicina, la cual le dará las mejores satisfacciones junto a sus colegas y pacientes que marcaron su carrera profesional.

Médico de ginecología y obstetricia, supo ser la sonrisa atenta de sus pacientes y compañeros de trabajo. Responsabilidad, diálogo y la mano siempre lista para ayudar, lo hicieron una persona íntegra.

Profesionales como el Dr. Mecke, Ocampo, Mimessi, entre otros lo acompañaron en sus comienzos en su

querida ciudad de Tartagal. El Hospital Juan Domingo Perón, Clínica San Antonio, Hospital Vespucio, Hospital Mosconi, entre otras instituciones, fueron su refugio cotidiano, donde aprendió y enseñó sin esperar retribución alguna, sólo el agradecimiento de sus pacientes y el reconocimiento de aquellos que trabajaron junto a él.

El Círculo Médico de Tartagal también guarda entre sus paredes el recuerdo de su paso como miembro fundador de dicha institución, donde dejó sus ideas y su trabajo.

Su alegría lo llevo al fútbol, siendo hoy el recuerdo de grandes y chicos, ya que no solo hizo amigos de fines de semana futboleros sino que creo una escuelita de fútbol, donde jugo su niño interior.

Hoy sólo nos quedan recuerdos más que satisfactorios. Tu sonrisa aun se escucha en los pasillos donde dejaste las huellas imborrables de tu vida.

En el corazón de tu familia vivirás por siempre con todo el amor que nos diste, con la fuerza y el empuje con que siempre viviste, estarás para guiar a tus hijos y acompañar a tu esposa quien fue tu pilar incondicional. Sólo queda decirte GRACIAS por tanto amor, dedicación y trabajo.

GRACIAS por estar siempre, por tus pensamientos, tus acciones, tu generosidad... Esta gran familia que formaste te amara por siempre... GRACIAS.

## El impetuoso desarrollo de los Trasplantes de Órganos

El 18 de junio de 1969, el cirujano Alfred Gütgemann (1907-1984) lleva a cabo en la clínica quirúrgica de la Universidad de Bonn el primer trasplante de hígado en Alemania. El paciente, que padece un cáncer avanzado de hígado, sobrevive un año a la intervención.

Hasta 1971 Gütgemann lleva a cabo otros seis trasplantes de hígado en Bonn, hasta que este tipo de intervenciones pasa a centrarse en Hannover, con Rudolf Pichlmayr (n.1932).

### Trasplante de hígado

Sin que apenas despertara la atención pública, desde 1963 a 1967 -o sea, antes del primer trasplante de corazón- se hacen nueve trasplantes de hígado de una persona a otra. Un pionero en este campo es el cirujano estadounidense Thomas Earl Starzl (n. 1926), de Denver, cuyo equipo realiza en 1963 trasplantes de hígado en tres personas, muriendo la primera de ellas en el curso de la intervención, la segunda al cabo de siete días y medio y la tercera después de 22 días. Hasta el año 1970 se realizan en total 109 trasplantes de hígado.

### Trasplante de corazón

Después del primero de ellos, realizado el 3 de diciembre de 1967, que fue celebrado como un hecho sensacional en todo el mundo, el interés público se centra en este tipo de intervenciones. Se llevan a cabo sobre todo en Estados Unidos. Hasta comienzos de 1970 se trasplanta el corazón a un total de 153 pacientes, de los cuales sólo sobreviven hasta esta fecha 21. El primero en Alemania lo realizan el 13 de febrero de 1969 los cirujanos Fritz Sebening (n.1930) y Werner Klinner en la clínica universitaria de Munich, dirigida por Rudolf Zenker (1903-1984), discípulo de Sauerbruch. Sin embargo, el paciente de 36 años muere al cabo de 27 horas de la intervención quirúrgica.

### Trasplante de pulmón

Esta operación se considera el "último recurso" en caso de enfermedades pulmonares que ya no pueden compensarse, en particular en el carcinoma bronquial. El primer pulmón lo trasplanta el 11 de junio de 1963 el cirujano estadounidense James Daniel Hardy en Jackson (Mississippi) a un paciente en estado terminal, que sobrevive 18 días a la intervención. Hasta 1970 se realizan 24 operaciones sin conseguir los resultados esperados. También fracasan los intentos aislados de llevar a cabo trasplantes combinados de corazón y pulmones.

### Trasplantes de riñón

El trasplante de riñón se introduce en la cirugía clínica a partir de 1950. Se convierte en el campo de los trasplantes con mayor éxito, pues aporta unos resultados a largo plazo relativamente buenos. Su necesidad médica y económica (es más barato que la diálisis) se acepta de modo general alrededor de 1970. Excesivas esperanzas

Los trasplantes se amplían en la década de 1970 a varios órganos y tejidos tales como médula ósea, bazo, laringe y cuerdas vocales. Sin embargo, prescindiendo de los trasplantes de riñón, córnea y huesillos del oído, las esperanzas quedan defraudadas.

### Experimentos con corazones artificiales

El 4 de abril de 1969, el cirujano cardiovascular estadounidense Denton Arthur Cooley (n. 1920) implanta en Houston (Texas) por primera vez un corazón artificial completo a un ser humano.

El receptor de la prótesis, Haskell Karp, se encuentra en fase terminal de una insuficiencia cardíaca izquierda. Al no haber disponible ningún donante adecuado, Cooley se decide a realizar la implantación

temporal de la bomba eléctrica de 340 gramos de peso, construida por Domingo Liotta y Charles Bell. El paciente vive 64 horas con el corazón artificial, recibiendo después el órgano de una mujer joven. Sin embargo, muere el 8 de abril a consecuencia de una neumonía.

Desde el punto de vista ético, esta implantación de un corazón artificial plantea problemas, ya que Cooley lleva a cabo la intervención sin la autorización de la

comisión competente y el paciente ha salido airoso de una operación de corazón (aneurismectomía). Cooley se defiende con el argumento de que un fallo del resto del corazón le ha obligado a realizar el implante. En una serie de ensayos con corazones artificiales en las décadas de 1970 y 1980 tampoco se consiguieron buenos resultados a largo plazo.

Fuente:

Revista "Crónica de la Medicina" N° 18 - SIDUS



# PROGRAMA DE EDUCACION MEDICA CONTINUA 2014



AGOSTO	JORNADAS DE GINECOPATOLOGÍA 07 y 08 de Agosto Hosp. S.B. - Boedo 69	9º CURSO ANUAL EN CLÍNICA PEDIÁTRICA: MÓDULO IV 08 y 09 de Agosto Circ. Méd. - Urquiza 153	CURSO ANUAL DE MED. INT. EN TERAPIA INTENSIVA: MÓDULO IV 08 y 09 de Agosto Circ. Médico - Urquiza 153	CURSO ANUAL DE TOCGINEC. 2014: MÓDULO IV 15 y 16 de Agosto Circ. Médico - Urquiza 153	3º CURSO ANUAL DE CIRUGÍA GRAL Y DIG.: MÓDULO V 22 y 23 de Agosto Circ. Médico - Urquiza 153
SEPTIEMBRE	CURSO ANUAL DE ACTUALIZ. EN TOCGINECOLOGÍA 2014: MÓDULO V 04 y 05 de Setiembre Circulo Médico - Urquiza 153	9º CURSO ANUAL EN CLÍNICA PEDIÁTRICA: MÓDULO V 05 y 06 de Setiembre Circulo Médico - Urquiza 153	3º CURSO ANUAL DE CIRUGÍA GRAL Y DIGESTIVA: MÓDULO VI 19 y 20 de Setiembre Circulo Médico - Urquiza 153	CURSO ANUAL DE MED. INT. EN TERAPIA INTENSIVA: MÓDULO V 26 y 27 de Setiembre Circulo Médico - Urquiza 153	
OCTUBRE	9º CURSO ANUAL EN CLÍNICA PEDIÁTRICA: MÓDULO VI 03 y 04 de Octubre Circulo Médico - Urquiza 153	CURSO ANUAL DE MED. INT. EN TERAPIA INTENSIVA: MÓDULO VI 10 y 11 de Octubre Colegio de Médicos - Alvear 1310	3º CURSO ANUAL DE CIRUGÍA GRAL Y DIGESTIVA: MÓDULO VII 17 y 18 de Octubre Circulo Médico - Urquiza 153	JORNADAS DE OTORRINOLARINGOLOGÍA 24 y 25 de Octubre Circulo Médico - Urquiza 153	
NOVIEMBRE	CURSO ANUAL DE ACTUALIZ. EN TOCGINECOLOGÍA 2014: MÓDULO VI 31 de Oct. y 01 de Nov. Circulo Médico - Urquiza 153	JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN ENCIRUGÍA PLÁSTICA 07 y 08 de Noviembre Circulo M. - Urquiza 153	CURSO ANUAL DE MED. INT. EN TERAPIA INTENSIVA: MÓDULO VII 14 y 15 de Noviembre Circulo Médico - Urquiza 153	3º CURSO ANUAL DE CIRUGÍA GRAL Y DIGESTIVA: MÓDULO III 28 y 29 de Noviembre Circulo Médico - Urquiza 153	

La COMISIÓN CONSULTIVA DE JÓVENES MÉDICOS del Colegio de Médicos de la Provincia de Salta, convoca a Médicos de la Provincia (Capital e Interior) a unirse a dicha Comisión con el fin de participar de todas las actividades programadas, a partir del año 2015.

**REQUISITOS:** 1) Responsabilidad y Compromiso. 2) Menor de 40 años. 3) Ambos sexos.

Enviar C.V. antes del 30/09/14 a: [diego@colmedsa.com.ar](mailto:diego@colmedsa.com.ar)

## FOTO NOTICIAS



El pasado 24/05/14 el Colegio de Médicos de la Provincia de Salta viajó a la localidad de Ampascachi (Salta) llevando útiles escolares para la Escuela N° 4407 a requerimiento de la Asociación de Médicos Municipales de Buenos Aires. Se aprovechó la oportunidad y realizamos nuestro aporte solidario.



El día 07/06/14 se llevó a cabo en la localidad de Cnel. Moldes (Salta), la reunión anual con los Representantes de los Distritos N° 8, 9 y 10. Participaron los Dres. Alejandro Tapia, Adriana Pistán, Liliana Carrasco y Gerardo Vogler, con quienes se trataron temas relacionados con el ejercicio profesional en el interior de la Provincia de Salta.

## DEPORTES



El pasado 18 de mayo, se llevó a cabo el Campeonato Triangular de Fútbol organizado por el Círculo Médico de Salta en el marco del "80° Aniversario" de su Fundación, resultando Campeón el equipo del Colegio de Médicos de la Provincia de Salta integrado por directivos y personal administrativo de la Institución.



Los Dres. Mónica Gelsi y Esteban Poma Druetta, participaron de los 35° Juegos Mundiales de la Medicina y la Salud realizados en Wels - Austria del 22 al 28 de junio de 2014, obteniendo un total de 10 medallas en diferentes disciplinas deportivas.

## El culto a la “Pachamama”

La Pachamama o Mama Pacha es una deidad incaica. Es el núcleo del sistema de creencias de actuación ecológico-social entre los pueblos indígenas de los Andes Centrales de América del Sur.

La divinidad de la Pachamama (la Madre Tierra) representa a la Tierra. No es una divinidad creadora sino protectora y proveedora; cobija a los seres humanos, posibilita la vida y favorece la fecundidad y la fertilidad. A cambio de esta ayuda y protección, el pastor de la Puna Meridional está obligado a ofrendar a la Pacha parte de lo que recibe, configurándose así una suerte de reciprocidad. Sin embargo se la considera asimismo con una faz negativa: la Pachamama tiene hambre frecuente y si no se la nutre con las ofrendas o si casualmente se la ofende, ella provoca enfermedades.

### HISTORIA DE SU CULTO

Los quechuas, los aimaras y otras etnias de la región andina, realizan ancestralmente ofrendas en su honor, sacrificando entre otras cosas camélidos para derramar su sangre. Entre otros objetos se ofrecen hojas de coca, conchas marinas mullu y sobre todo el feto de la llama, según una creencia para fertilizar la tierra sin que faltara jamás la cosecha, este tipo de ofertorio suele llamarse en los Andes centromeridionales «corpachada».

La Pachamama, más las deidades Mallku y Amaru, conforman la trilogía de la percepción aimara sociedad - naturaleza; y sus cultos son las formas más antiguas de celebración que los aimaras realizan en la actualidad. Con la invasión de los españoles y la persecución de las religiones nativas (llamada en esa época «extirpación de idolatrías»), la deidad Pachamama, producto del sincretismo, comenzó también a ser muchas veces a través de la Virgen María.

Actualmente se mantiene y conserva el sistema de creencias y rituales relacionados con la Pachamama, practicada principalmente por las comunidades quechuas y aimaras, y otros grupos étnicos que han recibido la influencia quechua-aimara, en las áreas

andinas de Bolivia, Ecuador y Perú, pero también en el norte de Chile, y en el norte de Argentina. A través de los migrantes, se ha hecho conocida en otros lugares, y se ha expandido a numerosas ciudades y grandes metrópolis modernas como Buenos Aires, por este motivo se puede ver ocasionalmente en tal ciudad (especialmente en los años noventa y a inicios del presente siglo) a gente que, por ejemplo, vuelca un poco del vino o la cerveza que está por beber diciendo: «Antes para la Pacha». Al realizar el ritual en el hogar por primera vez se debe realizar todos los años de no hacerlo se dice que se acaba la buena suerte y los alimentos que provee.

### RITUAL DE LA PACHAMAMA

El ritual central de la Pachamama o fiesta de la Madre Tierra es la challa o pago, que como ya se ha mencionado implica un acto de reciprocidad. Aunque se ha popularizado el primer día del mes de agosto como día principal para su realización, de hecho se lo practica durante todo el mes, y en muchos lugares también el primer viernes de cada mes. Las ceremonias están a cargo de personas ancianas o de mayor autoridad moral dentro de cada comunidad.

También se realizan ceremonias a la Pachamama en ocasiones especiales, como al partir de viaje o al pasar por una apacheta. El ritual más importante es el “challaco”, que es una deformación de los vocablos quechuas ch'allay y ch'allakuy. La palabra challar se usa como sinónimo de ‘dar de comer y beber a la tierra’. El challaco, abarca una compleja serie de pasos rituales que comienzan en las viviendas familiares la noche de la víspera y que culminan en un ojo de agua o la toma de una acequia donde se realiza el ritual principal a la Pachamama, con una serie de ofrendas que incluyen comida, bebida, hojas de coca y cigarros.

La religión centrada en la Pachamama se practica en la actualidad en forma paralela al cristianismo, al punto tal que muchas familias son simultáneamente cristianas y pachamamistas.

Fuente: [es.wikipedia.org](http://es.wikipedia.org)

# NUEVOS MATRICULADOS

## BIENVENIDOS!!!

M. P. N°	APELLIDO Y NOMBRE
5610	Dr. Lotero Polesel, Julio César
5611	Dr. Martínez, Ricardo Lisandro
5612	Dr. Illanes, Marcelo Simón
5613	Dra. Palavecino, María José
5614	Dra. Guzmán, Nilda Romina
5615	Dr. Montenegro, Germán Alberto
5616	Dra. Juárez, Mercedes Elvira
5617	Dra. Fara, Emilse Yamile
5618	Dra. Turk, María Julieta
5619	Dra. Pena, Laura Nélide
5620	Dr. Quintar Santa Cruz, Agustín Eduardo
5621	Dra. Herrera, Karina Ester
5622	Dr. Gaspar, Miguel Gustavo
5623	Dr. Coronel Gómez, Abel Paul
5624	Dra. Ochoa, Violeta Silvestre
5625	Dr. Casabella, Pablo Antonio
5626	Dr. Lobo, Gonzalo Emanuel
5627	Dr. Pirsch, Santiago Andrés
5628	Dr. Dionisi, Guillermo Andrés
5629	Dr. Abraham, Alejandro Rubén
5630	Dr. Armada, Matías Humberto
5631	Dra. De Marco, Andrea Cristina
5632	Dr. Jardín, Salvador Alejandro
5633	Dr. Silva, Saúl Arnaldo
5634	Dra. Posadas Saravia, Inés María
5635	Dra. Aranda, Nancy Carolina
5636	Dr. Mosquera, José Manuel
5637	Dr. Cortéz Moreno, Martín Ramón Angel
5638	Dra. Palomo, Noelia Estefanía
5639	Dr. Valdés, César Martín
5640	Dr. Gaspar, Pedro Emiliano
5641	Dr. Días, Diego Fernando
5642	Dr. Gómez, Roque Ariel
5643	Dra. Salvatierra, Ana Gabriela
5644	Dr. Roldán, Cesar Octavio
5645	Dra. Melgar, Soledad Del Valle
5646	Dra. Fresco, Natalia Lorena
5647	Dr. Gómez, Marcelo Gustavo
5648	Dr. Figueroa, Héctor Alejandro
5649	Dra. Martínez, Andrea Natalia
5650	Dra. Troncoso, Eliana Marisel
5651	Dra. Neira, Eliana Carolina
5652	Dra. Peirone, Victoria

## ||| GUIA DE TRAMITES

**REQUISITOS PARA LA OBTENCIÓN DE LA MATRÍCULA:** Acreditar Título Universitario original y (2) fotocopias autenticadas por Universidad o Certificado original del Título en trámite y (2) fotocopias autenticadas por Universidad. Certificado analítico (original y fotocopia). Certificado de Residencia de Domicilio en Salta. Fotocopia de la 1º y 2º hoja del DNI (Fotocopia del cambio de domicilio actualizado). Proveer de (3) fotografías de 3 cm. x 3 cm. (Saco y Corbata). Estampillado Fiscal (Rentas: España N° 625) Valor: \$25,00.- Certificado Ético - Profesional y de Libre Deuda (Otorgado por el último lugar en donde estuvo colegiado) o Cancelación de Matrícula. Certificado de Antecedentes Personales de la Policía de Salta. ARANCEL: \$1000,00.-

**CANCELACIÓN DE MATRÍCULA:** Nota solicitud y entrega de credencial profesional. No registrar saldo deudor.-

**CERTIFICACIÓN DE ÉTICA PROFESIONAL Y LIBRE DEUDA:** No registrar inhabilitación profesional y/o judicial ni deuda bajo ningún concepto.

**CUOTA DE COLEGIADO:** \$140,00.-

**DUPLICADO DE CREDENCIAL:** Denuncia Policial. (1) Foto Carnet 3 cm. x 3 cm.-

**HABILITACIÓN DE LOCAL PROFESIONAL:** Presentar Declaración Jurada. El formulario puede ser retirado de nuestra sede o desde [www.colmedsa.com.ar](http://www.colmedsa.com.ar) y deberá contar con el aval de (1) profesional colegiado.-

**AUTORIZACIÓN DE PUBLICIDAD Y ANUNCIOS MÉDICOS:** Retirar Formulario en nuestra sede o desde [www.colmedsa.com.ar](http://www.colmedsa.com.ar) en el cual deberá transcribir el texto a publicar. Recordamos que toda publicidad debe contar con la autorización previa de la Mesa Directiva, de acuerdo a lo establecido por el Art. 10 del Reglamento de Publicidad y Anuncios Médicos.-

**CERTIFICADO DE ESPECIALISTA:** Acreditar (5) cinco años de ejercicio ininterrumpido en la Especialidad. Presentar currículum vitae en original y copia (foliado y rubricado). Arancel \$ 700,00. - Para el caso de las especialidades quirúrgicas, se deberá acompañar detalle de las prácticas realizadas durante el último año, éstas deberán estar avaladas por el Gerente General, Jefe del Servicio, Jefe del Programa de Recursos Humanos del Hospital donde se desempeña. En caso de las actividades quirúrgicas privadas, el listado deberá estar avalado por el Director del establecimiento y la Asociación de Clínicas y Sanatorios de Salta. **INSCRIPCIONES:** Turno Febrero: hasta el 28/02 del año en curso. Turno Julio: hasta el 31/07 del año en curso.-

**ACTUALIZACIÓN DE DOMICILIO, TELÉFONOS Y CORREO ELECTRÓNICO:** Presentar Declaración Jurada. Completar el formulario con todos los datos requeridos.

**SALÓN DE CONFERENCIA:** Capacidad: 150 personas. Totalmente equipado. Para su utilización se debe presentar nota dirigida a la Mesa Directiva del Colegio de Médicos de Salta con una antelación de 30 días a la fecha del evento.-

**INTERNET:** Horario de consulta de 08:00 a 15:30 hs.-



# **DISTINCIÓN AL HUMANISMO EN EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN MÉDICA 2014**

El Colegio de Médicos de la Provincia de Salta ha dispuesto otorgar una **DISTINCIÓN AL HUMANISMO EN EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN**. El ejercicio de la medicina es un verdadero apostolado de entrega al prójimo, enfermo de cuerpo y alma, situación por la que muchos médicos hicieron de su profesión un trabajo lleno de altruismo, sencillez y entendimiento del enfermo en su realidad social, cultural y familiar. En ocasiones los profesionales desarrollan sus actividades en lugares inhóspitos, tanto en lo geográfico como en la precariedad de los medios que cuentan para ejercer la medicina, por lo que es un deber de la sociedad toda y en especial del Colegio de Médicos de la Provincia de Salta, rescatar, resaltar y distinguir el aspecto humanista de los médicos en el ejercicio de su profesión.

***“Si no se vive para los demás,  
la vida carece de sentido”***

**DISTINCIÓN:**

Consistirá en **DIPLOMA y MEDALLA DE ORO**

**PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS:**

Hasta el **30/09/2014**

**ENTREGA DE DISTINCIÓN:**

Acto Académico **Noviembre 2014**

**BASES Y REQUISITOS en:**

[www.colmedsa.com.ar](http://www.colmedsa.com.ar)

**COORDINACIÓN A CARGO:**

**MESA DIRECTIVA**

**COLABORACIÓN:**

**COMITÉ DE BIOÉTICA**

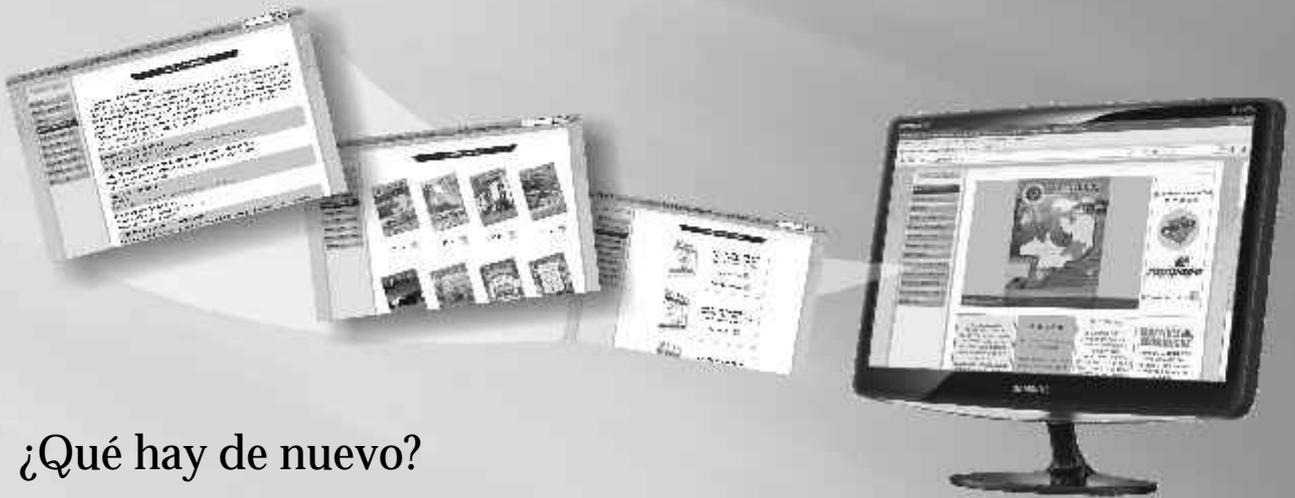


## TRIBUNALES / COMITES / COMISIONES

COMISION/COMITE/TRIBUNAL	INTEGRANTES	FECHA DE REUNION
TRIBUNAL DE ESPECIALIDADES	Dr. Juan José Albornoz Dr. Francisco Zenón Aguilar Dra. Silvia Vilca Dr. Nicolás César Jozami Dra. Beatriz Teresa Galli Dr. Federico Mangione	Lunes 21:00 hs.
COMITE DE BIOETICA	Dr. Oscar Cornejo Torino Dra. Marta Marión Dr. Pablo Figueroa Dr. José Tomás Museli Lic. Hermosinda Egüez Dr. Julio Raúl Mendez Dr. Luis Daniel Kohan Dr. Francisco Genovese Lic. Ana Rosa Cóncaro	1º y 3º Jueves 21:00 hs.
COMISION DE EDUCACION MEDICA	Dr. Gustavo Patrón Costas Dr. Carlos Frau Dr. Alejandro Tapia Dr. Maximiliano Gómez Dra. Ana Cecilia Fernández de Ullivarri	Lunes 12:00 hs.
COMISION CONSULTIVA DE JOVENES MEDICOS	Dr. Juan Carlos Giménez Dr. Walter Leonardo Failá Dra. Carolina Saravia Figueroa Dr. Cristobal Martín Licudis	1º y 3º Martes 21:00 hs.
COMITE CIENTIFICO ASESOR	Dr. Carlos Cúneo Dr. Jorge E. Llaya Dr. Miguel A. Basombrío	
COMISION DE INSPECCION SERVICIOS ASISTENCIALES	Dr. Rodolfo Valdéz Saravia Dr. Ramiro Pablo Choke Dra. Stella Maris Galdeano Dr. Luis Antonio Herrera Dr. Víctor Hugo Correa	Jueves 12:00 hs.
COMISION DE POSTGRADO	Dr. Ramón Jorge Fiqueni Dr. Alberto Robredo Dr. Welindo Toledo	Martes 21:00 hs.
COMISION ASESORA DE ASUNTOS POLITICOS Y GREMIALES	Dr. Gustavo D'uva Dr. Jorge Alberto Coronel Dr. Rolando Nieva Mackan Dr. Mario Alejandro Morosini Dr. Miguel Angel Garitta	2º y 4º Miércoles

# VISITE NUESTRO SITIO WEB

[www.colmedsa.com.ar](http://www.colmedsa.com.ar)



## ¿Qué hay de nuevo?

- ☞ Diseño moderno, atractivo y fácil de navegar.
- ☞ Página de Inicio con acceso directo a las principales actividades del Colegio, noticias, Facebook, etc..
- ☞ Sección “Consulta Deuda”, donde podrá ver su estado de cuenta corriente con la opción de imprimir sus boletas de pago de matrícula, cursos de post-grado, etc.
- ☞ Guía de Trámites, donde encontrará la información necesaria para acceder a los principales servicios del Colegio como si estuviera en nuestra Sede Institucional.
- ☞ Acceso a todos los números de la revista Vínculos en formato “virtual” y para descargar.
- ☞ Sección Cursos, donde podrá descargar afiches y programas de todos los Cursos de Postgrado, Programa de Educación Médica Continua, Jornadas, Congresos, etc.
- ☞ Acceso a información Institucional: Autoridades actuales y de períodos anteriores, Tribunales, Comités, Comisiones, Representantes de Distritos, Area Administrativa y Sede Institucional.
- ☞ Area de descargas de Leyes, Decretos, Resoluciones y Reglamentaciones varias.
- ☞ Información útil, donde encontrará domicilios, teléfonos, emails y sitios web de los Colegios y Consejos Médicos del País, como así también de Sociedades Científicas, Hospitales, Clínicas y Centros de Salud de toda la Provincia de Salta.

... y muchos servicios más!

Visite periódicamente [www.colmedsa.com.ar](http://www.colmedsa.com.ar)  
estamos trabajando para brindarle más servicios!

# HUMOR MÉDICO





## COLEGIO DE MEDICOS DE LA PROVINCIA DE SALTA

**HORA DE TRABAJO MÉDICO:**  
**\$ 420,00 (Pesos, Cuatrocientos Veinte)**

RESOLUCIÓN N° 046/14. MESA DIRECTIVA  
VALORES VIGENTES HASTA EL 31/12/2014.

**HORA DE GUARDIA MÉDICA:**  
**\$ 140,00 (Pesos, Ciento Cuarenta)**

RESOLUCIÓN N° 047/14. MESA DIRECTIVA  
VALORES VIGENTES HASTA EL 31/12/2014.

## HONORARIO MINIMO ETICO PROFESIONAL

**CONSULTA A CONSULTORIO:**  
**\$ 125,00 (Pesos, Ciento Veinticinco)**

**CONSULTA A DOMICILIO:**  
**\$ 140,00 (Pesos, Ciento Cuarenta)**

RESOLUCIÓN N° 045/14. MESA DIRECTIVA  
VALORES VIGENTES HASTA EL 31/12/2014.

## FOTOS DE TAPA



Iglesia Nuestra Sra. del Rosario  
Rosario de Lerma (Salta)



Ruinas de Tastil  
Sta. Rosa de Tastil (Salta)



Cristo de madera  
La Merced (Salta)



Tren Antiguo  
Campo Quijano (Salta)



Curso de las Flores  
Cerrillos (Salta)